

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	K/1224/1357	APPLICATION DATE : 02/12/24 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	RASMANI SARDAR	AGE-YEARS वय-वर्ष	SEX लिंग	
		51	F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : TARAPADA SARDAR पिता/करुण का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान जावासीय पता KHARIHAT ABAD, NORTH 24 PARGANAS 743492, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई जावासीय पता — AS ABOVE —				
OCCUPATION : पेशाय	HOUSE WIFE	MARRIED (मिहिर) / UNMARRIED (जनिशिर) (Attach Proof of income) (आवेदक का ग्राह्य संतान)		
TOTAL ANNUAL INCOME : वार्षिक आय	3000 x 12 = 36,000/-			
PAN No. स्थाई स्वाक्षर संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): जब्ता आप आय कर दाता हो (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाओ)		Yes / No हाँ / नहीं		
FAMILY DETAILS परिवर्त विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवर्त के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	RASMANI SARDAR	51	F	SELF
2.	TARAPADA SARDAR	59	M	HUSBAND
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हित अवधारणा				
BPL Card (Attach Card Copy) मधुमोही रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप प्राप्त संतान करो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प वय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप प्राप्त संतान करो)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाप प्राप्त संतान करो)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई मात्रा	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये चिन्हित का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दॉक्टर से चाही को गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE			
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के द्वारा कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED ली गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: अर्थात् द्वारा केवल प्राप्ति करना:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
 - 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं सहमति करता हूं कि इस फॉर्म वे दिये गये सभी विवरण ऐसी बदलावी के अनुसार सच्च एवं जटी है। यदि कोई विवरण एवं उसका उपयोग यह काम का लाभ है तो मैंने सहमति दिलाकर करता हूं।
- 2) मैं द्वारा ये सहमति दिलाई "कोशिका फाउंडेशन", से जटी जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की तृटीय के लिए दिया जानेगा, जो इस फॉर्म में दिया गया है।
- 3) मैं पूर्ण करता हूं कि विवरण सहमति देते वह प्राप्ति की रखता है, उस तरीके का आंतरिक या बाहर किसी भी स्तर पर उपयोग करने से न जटी रिक्विएट करता हूं और न ही विवरण में लौगिक।

AGREEMENT by APPLICANT: (आर्थिक द्वारा करना)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
 - 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रत्यक्ष पर अपनी डाक्टरता वा अधिकारी वाले सहमति, मैं (आर्थिक) अपनी सहमति की पूर्ण करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायिकों" को अर्थात् उसका हूं कि गेह याप, पता, कोठे गौंथ वा विवरण इस प्रत्यक्ष में दीखता है, उसे "कोशिका" एवं न्यायी, उन, चाकापाला तूँड़ों उद्देश्य में जुड़ी न्यायिकियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्राप्त वापरण से प्रस्तुति करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्त या विवरण में इसका कोई उद्देश्य नहीं है।
- 2) मैं (आर्थिक) इस बात से सहमति हूं कि गेह याप, पता, कोठे गौंथ वा विवरण जो कि सहमति के उद्देश्यों से प्रतिक्रिया है जुड़े रहते। सहमति वा उपलब्ध नहीं बनता। इस साथ ही "कोशिका" एवं उसके न्यायिकों का निर्माण और बाधकताएँ होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आर्थिक के इसकार पर गंभीर रूप से लिखन

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्पताल द्वारा करना)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्पताली की ओर से यापारी/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध वापरण से जुड़ी रिकार्डिंग की जटी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न उक्तर वा मानव व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न हो कीमत और न हो अधिक्य में विविध सहमति कीर्ति गैर बाकारी संभवता वा विविध बन्धन स्थेत से उत्तर लेणी/उपलब्धता में सेवे का लो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिक्षित/नियन्त्रित उक्त के साथ ही "कोशिका फाउंडेशन" हाथ परद हूँ रिक्विएट है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हाथ सहमति विविध न्यायिक/सहमति है तो उपलब्धता विविध अन्य गैर बाकारी संस्था वा विविध बन्धन संस्थान से सहमति सेवे का अधिकार गुरुभिरु रखता है। इस पूर्ण में समर्प करता है कि असमान विविध परद उक्त सेवा/उपलब्धता है जिसकी विविध अन्य साधारण से नहीं संभवता होती।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से सी गई सहमति के लिए उपलब्धता की है। योगी या हस्पताल द्वारा यी गई सहमति वा विविध गैर उपलब्धता के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" हाथ विविध प्रकार का कोई एवं उपलब्ध नहीं है। इसलिए हस्पताल में योगी के इनकाल सुधा और उन्हें बनाने की यात्री विविधता ऐसी एवं हस्पताल की होती है। "कोशिका" की कोई भूमिका या विवेदी इस घटने में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:
स्वीकृति के लिए संकेतDate of Surgery
अंतिम तिथि*Dr. Shibashis Das*

M.B.B.S M.S

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
दाक्तर का नाम वे हस्पताल व रोड न.*OPTIONAL STAMP/DAS*(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकारी अंकिती

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्राष्ट्रीय उपयोग है

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्पताल 1*Safayal***SIGNATURE of TRUSTEE 2**
न्यायी हस्पताल 2*Lic/B*